



Р.П. Кнут¹, Р.І. Сидорчук¹, О.Й. Хомко¹,
В.К. Гродецький¹, С.І. Бойчук², Б.О. Хомко¹

Синдром хронічного пахвинного болю в пластиці пахвинних гриж

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

²ДЗ «Вузлова клінічна лікарня станції Чернівці ДТГО

«Львівська залізниця», м. Чернівці

Ключові слова: пахвинна грижа, герніопластика, метод функціонально-адаптивної фіксації алотрансплантата, синдром хронічного пахвинного болю.

Пахвинна герніопластика — одне з найбільш часто виконуваних оперативних втручань. Больовий синдром становить невід’ємний компонент післяопераційного періоду, адже він пов’язаний із травматизацією тканин та нервів під час оперативних втручань. Однак, на відміну від інших типів оперативних втручань, при пахвинній герніопластиці доволі частим ускладненням стає синдром хронічного пахвинного болю (СХПБ) як наслідок травматизації чи захоплення гілки нерва в шов під час виконання оперативного втручання [5—7].

Як свідчать літературні дані, захоплення нерва в шов — одна з найпоширеніших причин хронічного болю після пахвинної герніопластики. Найчастіше захоплюється *n. ilioinguinalis*, який лежить безпосередньо під апоневрозом зовнішнього косого м’яза живота. У такому разі механізм травми полягає в підшиванні останнього до імплантованої сітки або ж утягненні його в рубцеву тканину під час виконання пластики за I.L. Lichtenstein. У технічно важких випадках у ході пахвинної герніопластики резекція *n. ilioinguinalis* супроводжується вірогідно меншою частотою СХПБ, ніж його захоплення в шов або втягнення в рубець. Застосування алотрансплантатів у пахвинній герніопластиці дає змогу зменшити кількість рецидивів, проте в деяких випадках кількість СХПБ навіть підвищується. Ендоскопічні методи пахвинної герніопластики також не дозволяють повністю вирішити цю проблему, тому що обмеженість поля зору не завжди дає можливість хірургу диференціювати тканини, на які накладається шов чи кліпса під час фіксації алотрансплантата [3, 5—7].

Останнім часом широкого застосування в пахвинній герніопластиці набули біологічні хірургічні клеї, що дозволяють уникати травматизації нервів, проте дослідження впливу такого підходу на розвиток СХПБ у післяопераційному періоді не проводились.

Мета роботи — у порівняльному аспекті оцінити метод функціонально-адаптивної фіксації алотрансплантата у пластиці пахвинних гриж за впливом на формування СХПБ у післяопераційному періоді.

Матеріали та методи

У дослідженні брав участь 41 хворий чоловічої статі віком 22—63 роки із первинними унілатеральними пахвинними грижами, яким було виконано герніопластику не натяжними методами за допомогою алотрансплантатів. Пацієнтів розподілили на дві групи залежно від методу фіксації. Оперативні втручання виконували під місцевою анестезією з дотриманням усіх вимог біоетики.

У дослідній групі імплантацію алотрансплантата здійснювали за допомогою розробленого та запатентованого методу функціонально-адаптивної фіксації, що передбачає його адаптацію до анатомо-топографічних співвідношень пахвинної ділянки конкретного хворого та фіксацію за допомогою розробленого й запатентованого альбумінового хірургічного клею [2]. У контрольній групі пластика виконувалася за класичною методикою I.L. Lichtenstein із фіксацією алотрансплантата за допомогою проленових лігатур.

У післяопераційному періоді досліджували тривалість та інтенсивність больового синдрому, наявність парестезій і відчуття стороннього тіла, а також спостерігали за зміною положення алотрансплантата за розробленим запатентованим методом [2]. Оцінку інтенсивності больового синдрому в різні терміни післяопераційного періоду проводили за допомогою візуальної аналогової шкали VAS (рис. 1), згідно з якою 0 — біль відсутній, < 3 см — незначний біль, 4—6 см — помірний біль, > 7 см — інтенсивний біль [1]. За даними літератури, ця шкала найчутливіша і найбільш точно відображає характер больових відчуттів пацієнтів [1, 4, 6]. Статистичну обробку отриманих



Рис. 1. VAS — visual analog scale (візуальна аналогова шкала болю)

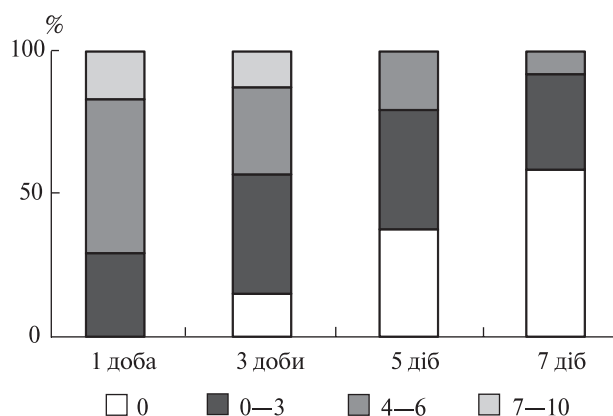


Рис. 2. Розподіл пацієнтів контрольної групи за результатами визначення інтенсивності больового синдрому в післяопераційному періоді за допомогою VAS (n = 24)

результатів проводили методами варіаційної статистики.

Результати та обговорення

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що в обох групах пацієнтів, яким було виконано пластику пахвинної грижі за допомогою алотрансплантатів, зберігалася спільна тенденція до зниження інтенсивності больового синдрому в післяопераційному періоді (рис. 2, 3). Слід зауважити, що динаміка зниження інтенсивності больового синдрому в дослідній групі була більш вираженою. Проте привертає увагу той факт, що до 3-ї доби з моменту імплантації в пацієнтів дослідної групи динаміка зменшення інтенсивності больового синдрому була дещо повільнішою, що можна пояснити біодеградацією біологічного хірургічного клею із поступовим його заміщенням власними фібриновими й колагеновими волокнами. У цей період 3 пацієнтів дослідної групи скаржилися на відчуття стороннього тіла, що

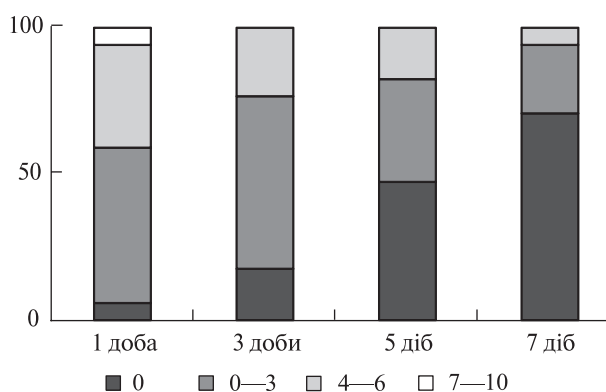


Рис. 3. Розподіл пацієнтів дослідної групи за результатами визначення інтенсивності больового синдрому в післяопераційному періоді за допомогою VAS (n = 17)



Рис. 4. Виділений *n. ilioinguinalis* з рубцево-змінених тканин при герніопластичі. Пацієнт Т. (40 р.). Д-з: Правобічна коса вправима грижа. Грижonoсiйство 14 р.

поступово зникло до 5-ї доби (таблиця). Починаючи з 3-ї доби, тенденція до зменшення больових відчуттів стає більш вираженою. Звертає на себе увагу той факт, що в дослідній групі практично не спостерігалось пацієнтів, у яких інтенсивність больового синдрому досягала 7 см і більше за візуальною аналоговою шкалою, що відповідає наявності інтенсивного болю.

Один пацієнт дослідної групи, у якого інтенсивність болю за VAS складала 8,1 см, хворів на правобічну пахвинну грижу впродовж 14 років. Під час виконання оперативного втручання завважили виражені рубцеві зміни тканин пахвинної ділянки, пов'язані із хронічним запальним процесом у навколוגрижових тканинах та грижовому мішку. Виділення останнього було пов'язане з технічними труднощами, зокрема в диференціації

Таблиця
Визначення ознак травмування нервів під час
герніопластики

Показник	Контрольна група (n = 24)	Дослідна група (n = 17)
Відчуття стороннього тіла	5 (20,8 %)	3 (17,6 %)
Відчуття затерпlosti шкіри в ділянці післяопераційного рубця	3 (12,5 %)	1 (5,9 %)
Виникнення синдрому хронічного пахвинного болю	2 (8,3 %)	—

анатомічних структур, що, своєю чергою, стало причиною травмування *n. ilioinguinalis* (рис. 4). Проте слід зазначити, що й у цього пацієнта післяопераційний період протікав легше порівняно із пацієнтами контрольної групи. Больовий синдром зменшився впродовж 3 діб.

Ознаки травмування нервів під час оперативного втручання також спостерігалися частіше в контрольній групі. Так, 5 (20,8 %) пацієнтів скаржилися на відчуття стороннього тіла, у 3 (12,5 %) випадках відзначалася затерпlostь шкіри в ділянці післяопераційного рубця, у 2 (8,3 %) випадках виник СХПБ. У дослідній групі 3 (17,6 %) пацієнтів відзначали відчуття стороннього тіла, що

зникло впродовж 10 діб з моменту оперативного втручання, 1 (5,9 %) пацієнт скаржився на затерпlostь шкіри в ділянці операційного рубця, що могло бути пов'язано із травматизацією нерва *n. ilioinguinalis* при його виділенні з рубцево-змінених тканин унаслідок тривалого грижоносійства (більше 10 років). Дослідження зміщення алотрансплантатів у післяопераційному періоді не виявило зміни положення як у контрольній, так і в дослідній групі.

Висновки

1. Пахвинна герніопластика за допомогою алотрансплантатів із застосуванням методу функціонально-адаптивної фіксації дає змогу не лише забезпечити ефективну пластику грижі, а й зменшити ймовірність травматизації нервів, а відтак і тривалість та інтенсивність больового синдрому в післяопераційному періоді.

2. Застосування методу функціонально-адаптивної фіксації алотрансплантата дозволяє зменшити частоту синдрому хронічного пахвинного болю та скоротити період відновлення фізичного функціонування.

Перспективи подальших досліджень

Дослідження доцільно доповнити порівняльним вивченням ефективності застосування різних видів біологічних хірургічних клеїв.

Література

1. Оцінка якості життя пацієнтів після різних типів пахових герніопластик / І.Я. Дзюбановський, В.І. П'ятночка, К.Г. Поляцко та ін. // Укр. журн. хірургії. — 2011. — № 5 (14). — С. 34—38.
2. Сидорчук Р.І. Метод функціонально-адаптивної фіксації алотрансплантата у пахвинній герніопластичі / Р.І. Сидорчук, Р.П. Кнут, О.М. Плегуча. — Чернівці: Вид-во при Бук. держ. мед. ун-ті, 2011. — 244 с.
3. Amid P.K. Causes, prevention, and surgical management of postherniorrhaphy neuropathic inguinodynia: Triple neurectomy with proximal end implantation / P.K. Amid // Hernia. — 2004. — Vol. 8. — P. 343—349.
4. Assessment of pain / H. Breivik, P.C. Borchgrevink, S.M. Allen et al. // British Journal of Anaesthesia. — 2008. — N 101 (1). — P. 17—24.
5. Dennis R. Risk factors for chronic pain after inguinal hernia repair / R. Dennis, D. O'Riordan // Ann. R. Coll. Surg. Engl. — 2007. — Vol. 89. — P. 218—220.
6. Prevention of postherniorrhaphy persistent pain: results of a prospective study / G. Pappalardo, A. Guadalajara, G. Illomei et al. // Int. Surg. — 1999. — Vol. 84. — P. 350—353.
7. Routine ilioinguinal nerve excision in inguinal hernia repairs / G.W. Dittrick, K. Ridl, J.A. Kuhn et al. // Egypt. J. Surgery. — 2004. — Vol. 188. — P. 736—740.

*Р.П. Кнут, Р.И. Сидорчук, О.И. Хомко, В.К. Гродецкий,
С.И. Бойчук, Б.О. Хомко*

Синдром хронической паховой боли в пластике паховых грыж

В статье представлены данные о применении метода функционально-адаптивной фиксации аллотрансплантата у 41 пациента при паховой герниопластике. Доказано, что предложенный метод позволяет не только обеспечить эффективную пластику грыжи, но и уменьшить болевые ощущения в послеоперационном периоде и предупредить возникновение синдрома хронической паховой боли.

*R.P. Knut, R.I. Sydorчук, O.Y. Khomko, V.K. Grodetsky,
S.I. Boychuk, B.O. Khomko*

Chronic inguinal pain syndrome in inguinal hernioplasty

In the article the data according to use of functionally-adaptive allograft fixation method in 41 patients in inguinal hernioplasty are presented. It was proved that proposed method lets not only to perform the effective plasticity of hernia, but also to decrease feeling of pain in postoperative period and to prevent the development of chronic inguinal pain syndrome.